AUSZUG

aus der

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in

Medizin und Chirurgie.

Einer hohen medizinischen Fakultät

der

Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

HANS REICHE

aus Dresden.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Halle a. S.
Schlesingersche Buchdruckerei
1920.

Welche Ursachen werden in der Literatur für die Schwierigkeiten oder Unmöglichkeit der Einrichtung einer congenitalen Hüftluxation angegeben?

Nach kurzen geschichtlichen einleitenden Worten und unter Würdigung der heute geltenden Theorien von der Entstehung der congenitalen Hüftluxation kommt Verfasser auf die Ursachen zu sprechen, die die Schwierigkeiten der Reposition und Retention bedingen.

Durch eine auf angeborener Schlaffheit beruhende Dehnung der Kapsel ist es dem Femurkopfe ermöglicht, die Gelenkpfanne zu verlassen und mit zunehmender Belastung beim Gehen von vorn und oberhalb der Pfanne, unter weiterer schlauchartiger Dehnung des ligamentösen Gelenkapparates, nach hinten an der Darmbeinschaufel zu rutschen. Dabei erfährt der an und für sich schon verengerte Kapselschlauch durch den Ileopsoas eine weitere Einschnürung (Isthmus). Er wird an die Beckenwand gepreßt und kann dort mit dem Darmbeinperiost verwachsen. Der Bestand des in der Kapsel verlaufenden Ligamentum teres ist dadurch gefährdet und kann es zur Obliteration des Isthmus kommen. Der untere Teil der Kapsel legt sich membranartig auf die Pfanne und bildet eine enge Tasche, verwächst manchmal auch mit dem Pfannengrund. Das Lig. teres, falls vorhanden, ist meist stark hypertrophiert. Hand in Hand mit der starken funktionellen Inanspruchnahme der Kapsel geht eine starke Hypertrophie derselben. Daraus ergeben sich die Schwierigkeiten resp. Unmöglichkeit der Reposition. Mißverhältnis zwischen

Kopf und Isthmus, Verlötungen der Kapsel mit dem Periost, enge Kapseltasche erschweren die Einrenkung, Obliteration, Verwachsung der Kapsel mit dem Pfannengrunde, Hypertrophie des Lig. teres machen eine ordnungsgemäße Reposition unmöglich. Eine Gefährdung der Retention tritt ein durch Pseudoreposition, dem Zwischenlegen einer Kapselduplikatur zwischen Kopf und Pfanne.

Die Pfanne ist meist verkleinert und abgeflacht. Die Abflachung kommt durch eine Hyperplasie des Pfannenbodens zustande, die so stark sein kann, daß die Höhle vollkommen planiert erscheint. Der hintere obere Rand fällt dann oft steil gegen die Fläche des Darmbeins ab, überragt aber das Niveau der Pfanne nicht. Das Pfannendach ist bei luxierten Gelenken kürzer und weniger gehöhlt, sein Neigungswinkel zur Horizontalen ist größer, als normal. Das Pfannendach ist also steil gestellt.

Am Femur ist die physiologische Antetorsion in 95% der Fälle verstärkt. Der Kopf fällt durch seine verminderte Größe auf, eine Teilerscheinung der allgemeinen Atrophie des Femur. Vor allem charakteristisch und wichtig ist die Abplattung des Kopfes von hinten und innen, die angeboren ist. Im späteren Leben kann die Abplattung zunehmen infolge der Lage des Kopfes an seinem neuen Standort, resp. durch den Belastungsdruck, mit welchem er gegen seine neue Unterlage gepreßt wird. Es kommen dadurch sog „Pufferköpfe“ (Lorenz), auch keulen- und zuckerhutförmige Verunstaltungen zustande. Der Schenkelhals ist oft so kurz, daß der Kopf unmittelbar dem Schaft aufzusitzen scheint. Ein im Verhältnis zum Lumen des Isthmus zu großer oder mißgestalteter Kopf erschwert die Reposition, auch der zum Darmbein steil abfallende obere Rand der Pfanne ist ein allerdings stets durch die Technik zu überwindendes Hindernis. Die größte Rolle spielen aber die Veränderungen an Pfanne und Femur für die Retention. Je kleiner und runder der Kopf und je tiefer die Pfanne und je horizontaler ihr Dach, desto günstiger ist die Prognose. Ein solides, breites, knöchernes Pfannendach dient der Retention am besten.

Die pathologische Antetorsion des oberen Femur begünstigt die Auswärtsdrehung des ganzen Beines nach vorn und außen nach gelungener Reposition und kann dadurch Reluxation herbeiführen. Die Schenkelhalsverkürzung macht keine Schwierigkeiten bei der Einrenkung, falls nur darauf Rücksicht genommen wird.

Dadurch, daß der Femurkopf sich mit dem zunehmenden Alter des Kindes immer weiter von der Pfanne nach oben und hinten entfernt, erfahren die vom Becken zum Ober- und Unterschenkel ziehenden Muskeln eine Veränderung in der Entfernung ihrer Ansatzpunkte und eine Veränderung ihrer Verlaufsrichtung. Die dem Oberschenkel parallel laufenden Muskeln verkürzen sich im allgemeinen, während die Muskeln, die einen rechten Winkel mit der Achse des Oberschenkels bilden, sich verlängern. Die pelvitrochanteren Muskeln werden in der Hauptsache verlängert und gedehnt, was für die Reposition keine nachteiligen Folgen hat mit einer Ausnahme: Der Ileopsoas gleitet bei fortschreitendem Hochstande des Trochanter über die Kapseltasche nach außen ab und schnürt den Kapselschlauch zu, den sog. Isthmus der Kapsel bildend. Die Adduktoren und die pelvicruralen Muskeln werden stark verkürzt und widerstreben, vor allem die Ersteren, der Herabholung des Kopfes zur Pfanne energisch. Der Einfluß des Alters auf die Zunahme der Schwierigkeiten ist auch hier ein großer. Sind die Contrakturen erst hochgradig, die Rigidität der Muskeln eine große, so ist, im Verein mit den anderen Veränderungen am Gelenk, die Reposition und Retention der angeborenen Hüftverrenkung unmöglich.

Verfasser gibt dann einen orientierenden Überblick über die Methoden der Einrichtung (Lorenz, Bade, Bradford, Hoffa) und schließt mit einer ausgewählten Literaturangabe.